

Dokumentationsbogen zum Röntgengerät ÄSR _____

- bitte für jeden Strahler ein gesondertes Blatt ausfüllen -

Rückantwort

Betreiber
Ansprechpartner/Beauftragter
Straße
Ort
Standort
Gebäude
Stockwerk
Raum

Abweichende Rechnungsadresse

bitte zutreffendes ankreuzen:

Typ der Röntgeneinrichtung:

<input type="checkbox"/>	Aufnahmeggerät ortsfest
<input type="checkbox"/>	Aufnahmeggerät fahrbar
<input type="checkbox"/>	C-Bogen ortsfest
<input type="checkbox"/>	C-Bogen fahrbar
<input type="checkbox"/>	Reine Durchleuchtung (DL)
<input type="checkbox"/>	komb. Aufnahme u. DL
<input type="checkbox"/>	Angiographie-Anlage
<input type="checkbox"/>	Cardangio-Monoplan
<input type="checkbox"/>	Cardangio-Biplan
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Computertomograph (CT)
<input type="checkbox"/>	CT (Planung/Lokalisation)
<input type="checkbox"/>	Analoge Mammographie
<input type="checkbox"/>	Digitale Mammographie
<input type="checkbox"/>	Stereotaxie (mammogr. Biopsie)
<input type="checkbox"/>	DVT
<input type="checkbox"/>	Osteodensitometrie
<input type="checkbox"/>	Teleradiologie
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Anwendungsgerät:

<input type="checkbox"/>	Rastertisch
<input type="checkbox"/>	Vertikalstativ
<input type="checkbox"/>	Speicherfolien
<input type="checkbox"/>	Flachdetektor
<input type="checkbox"/>	Bildwiedergabegerät
<input type="checkbox"/>	Digitale Bildverarbeitung
<input type="checkbox"/>	Bilddokumentationssystem
<input type="checkbox"/>	Zielgerät
<input type="checkbox"/>	Schwenkbügelstativ
<input type="checkbox"/>	

Generator
Herstellerübliche Bezeichnung
Speicherfoliensystem / Detektorsystem
Film (analog)
Folientyp/-en
Prüfkörperbezeichnung

Abnahmeprüfung durch Firma, am
Grund der letzten Teilabnahmeprüfung
Letzte Teilabnahmeprüfung durch Firma, am
Letzte Festlegung der Bezugsdaten am
Letzte Sachverständigenprüfung durch, am
Nummer des Sachverständigenberichts

Falls zutreffend – Angaben zum beratenden Medizinphysikexperten (§131 StrlSchV):

Name	Telefonnummer/Fax	E-Mail-Adresse

Wir bitten, die Daten zu überprüfen,
zu ergänzen und ggf. zu korrigieren.
(Bei Platzmangel Rückseite benutzen.)

Datum

Stempel

Unterschrift

Bitte kreuzen Sie an welche Untersuchungen an Ihrer Röntgeneinrichtung durchgeführt werden:

konventionelle Röntgenaufnahmen am Erwachsenen

- Schädel a.p./p.a.
- Schädel lat.
- Schulter in 2 Ebenen
- Thorax p.a./a.p
- Thorax lat.
- Brustwirbelsäule a.p./p.a.
- Brustwirbelsäule lat.
- Lendenwirbelsäule a.p. /p.a.
- Lendenwirbelsäule lat.
- Abdomen a.p./p.a.
- Becken a.p./p.a.
- Hüfte in 2. Ebenen
- Mammographie
- sonstige:_____

CT-Untersuchungen am Erwachsenen

- Hirnschädel
- Gesichtsschädel
- Nasennebenhöhle (Sinusitis)
- Hals
- Halswirbelsäule (Bandscheibe)
- Halswirbelsäule (Knochen)
- Thorax
- Lunge (Hochkontrast, Verlaufskontrolle)
- Thorax incl. Oberbauch
- oberes Abdomen
- Abdomen mit Becken
- Rumpf (Thorax-Abdomen-Becken)
- Lendenwirbelsäule (Bandscheibe)
- Lendenwirbelsäule (Knochen)
- Becken (Weichteile)
- Becken Knochen)
- CT-Angiographie Carotis
- CT-Angiographie gesamte Aorta
- CT-Angiographie Becken-Bein
- koronare CT-Angiographie (prospektiv EKG-getriggert)
- sonstige:_____

Durchleuchtungsuntersuchungen am Erwachsenen (ohne Interventionen)

- Koronarangiographie
- ERCP
- Dünndarm
- Kolon Kontrasteinlauf
- Phlebographie Bein-Becken
- Arteriographie Becken-Bein
- sonstige:_____

interventionelle Eingriffe beim Erwachsenen

- Thrombusaspiration nach Schlaganfall
- Coiling eines Aneurysmas des Gehirns
- einzeitige PCI (perkutane koronare Intervention)
- einzeitige PCI und Koronarangiographie

- TAVI (Transkatheter Aortenklappen-Implantation)
- endovaskuläre Aneurysma-Therapie (Aorta thorakalis)
- endovaskuläre Aneurysma-Therapie (Bauchaorta infrarenal)
- endovaskuläre Aneurysma-Therapie (Baucharorta suprarenal)
- TACE (transarterielle Chemoembolisation)
- PTA Becken (percutane transluminale Angioplastie)
- PTA Oberschenkel und Knie (percutane transluminale Angioplastie)
- PTA Unterschenkel und Fuß (percutane transluminale Angioplastie)
- sonstige: _____

konventionelle Röntgenaufnahmen am Kind

- Hirnschädel a.p./p.a. (Säugling 5 bis 10 kg / 3 bis 12 Monate)
- Hirnschädel lat. (Säugling 5 bis 10 kg / 3 bis 12 Monate)
- Hirnschädel a.p./p.a. (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Hirnschädel lat. (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Thorax p.a./a.p. (Frühgeborenes unter 3 kg)
- Thorax p.a./a.p. (Neugeborenes 3 bis 5 kg / < 3 Monate)
- Thorax p.a./a.p. (Säugling 5 bis 10 kg / 3 bis 12 Monate)
- Thorax p.a./a.p. (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Thorax p.a./a.p. (Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre)
- Thorax lat. (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Thorax lat. (Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre)
- Abdomen a.p./p.a. (Säugling 5 bis 10 kg / 3 bis 12 Monate)
- Abdomen a.p./p.a. (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Abdomen a.p./p.a. (Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre)
- Becken a.p./p.a. (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Becken a.p./p.a. (Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre)
- sonstige: _____

CT-Untersuchungen am Kind

- Hirnschädel (Säugling 5 bis 10 kg / 3 bis 12 Monate)
- Hirnschädel (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Hirnschädel (Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre)
- Hirnschädel (Jugendlicher 32 bis 56 kg / 10 bis 15 Jahre)
- Thorax (Säugling 5 bis 10 kg / 3 bis 12 Monate)
- Thorax (Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre)
- Thorax (Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre)
- Thorax (Jugendlicher 32 bis 56 kg / 10 bis 15 Jahre)
- Abdomen (Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre)
- Abdomen (Jugendlicher 32 bis 56 kg / 10 bis 15 Jahre)
- sonstige: _____

Durchleuchtungsuntersuchungen am Kind

- MCU (Miktions-Cysto-Urographie) bei:
- *Neugeborenes 3 bis 5 kg / < 3 Monate*
- *Säugling 5 bis 10 kg / 3 bis 12 Monate*
- *Kleinkind 10 bis 19 kg / 1 bis 5 Jahre*
- *Grundschulkind 19 bis 32 kg / 5 bis 10 Jahre*
- sonstige: _____

Sonstige Röntgenuntersuchungen

- Osteodensitometrie
- Digitale-Volumen-Tomographie **Region:** _____
- sonstige: _____